Prefeitura de SOROCABA

QUESTIONÁRIO – CORREIÇÃO ORDINÁRIA – CMAE/SES

EXPEDIENTE

Expediente	Correição Ordinária – Portaria nº 004/COR/2026
PA/SEI	3552205.404.00017455/2026-50
Objeto	Averiguação programada da regularidade da atuação no órgão
Instauração	12/02/2026
Órgão Fiscalizador	Corregedoria Geral do Município de Sorocaba
Corregedor-geral	Otávio Martinez Isaquiel Ferreira
Instrução	**2ª Câmara Correcional** Cibele Góes Viviane da Motta Berto
Aporte Técnico	**1ª Câmara Correcional** Flávia Camila Campos Canezin Sylvia Pauletti Roquette Campanati **Centro de Análise de Informações e Assistência Técnica – CAIAT** Juliana Barbosa do Nascimento

SECRETARIA/UNIDADE INSPECIONADA

Secretaria	Saúde
Secretário (a)	
Órgão Inspecionado	Centro Municipal de Atenção Especializada - CMAE
Endereço	Rua Manoel Lopes, 220, Vila Hortência, Sorocaba
Telefone	(15) 3218-6307
E-mail	

VISITA DE INSPEÇÃO *IN LOCO*

DATA	**28/04/2026**			
HORÁRIO	**INÍCIO**		**TÉRMINO**	

Servidor (es) responsável (is) pelo atendimento durante inspeção *in loco*:

ATENÇÃO!

Para preencher o questionário com eficácia, recomenda-se a leitura atenta das instruções descritas em despacho. As respostas devem refletir a realidade da unidade inspecionada com honestidade, objetividade e precisão, inclusive, sempre que solicitado ou se necessário, anexar documentos para confirmar as informações prestadas.

Prefeitura de SOROCABA

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE INSPECIONADA

Breve relato histórico do órgão [citar legislação pertinente/programas governamentais/fonte(s) de recurso(s)/população atendida.]. Relacionar as instruções SES a serem observadas pelo órgão.
COMENTÁRIO
Serviços ofertados:

[ ] Assitência Social	[ ] Consulta médica	[ ] Consulta enfermagem	[ ] Exames
[ ] Dispensação de medicamentos	[ ] Testes rápidos	[ ] Preventivo/Educativo	

Outras. Especificar _____
_____

Número de pacientes atendidos em média, mensalmente:

_____ Infantil	_____ Adulto	_____ Idosos	_____ Especiais

Programas:

[ ] **Sífilis**	[ ] **Hepatite B e C**	**[ ] Acompanhamento Multidisciplinar**	**[ ]Preventivo/Educativo**
[ ] **HIV/Aids**	[ ] **HPV**	**[ ] Medicamentos gratuitos**	[ ] **Herpes/outras DST**

Outros. Especificar _____
_____

Número médio de atendimento mensal, nos programas:

[ ] **Sífilis**	[ ] **Hepatite B e C**	[ ] **Acompanhamento Multidisciplinar**
[ ] **HIV/Aids**	[ ] **HPV**	[ ] **Medicamentos gratuitos**
[ ] **Herpes/outras DST**	Outros, especificar.	

Quais espaços a unidade possui?

[ ] Entrada com identificação

[ ] Hall de entrada
[ ] Estacionamento
[ ] Recepção
[ ] Secretaria
[ ] Sala da coordenação
[ ] Sala de conforto médico
[ ] Sala de Enfermagem
[ ] Sala de Espera
[ ] Sanitários - funcionários [por gênero]
[ ] Cozinha funcionários/copa
[ ] Estoque de insumos
[ ] Medicamentos para uso na unidade
[ ] Farmácia dispensação de medicamentos [municipal]
[ ] Farmácia dispensação de medicamentos [terceirizada]
[ ] Sala de repouso
[ ] Fraldário
[ ] Bebedouro
[ ] Sanitários - munícipes [por gênero]
[ ] Consultório médico
[ ] Outro(s). ***Especificar***

Quais equipamentos e mobiliário a unidade possui? ***ESPECIFICAR*** *quantidades*.

[ ]	Refrigeradores e Câmaras Frias	
[ ]	Ar-condicionado	
[ ]	Gerador de Energia ou Nobreaks	
[ ]	armário	
[ ]	mesa	
[ ]	cadeira	
[ ]	ventilador	
[ ]	maca	
[ ]	Cama [leito]	
[ ]	notebook	
[ ]	computadores	
[ ]	impressora	

[ ] Outro(s). ***Especificar***

ATENDIMENTO AO PÚBLICO/PROTOCOLO/ARQUIVO/REGISTROS

Quais os horários de funcionamento da unidade?

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
A unidade realiza atendimento ao público?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Há protocolo de proteção de dados sensíveis do público?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Os dados coletados são inseridos em plataformas do governo federal?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
A unidade dispõe de orientações visíveis sobre horários de funcionamento e canais de ouvidoria?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Observância de prazos	[ ]	[ ]	[ ]
[ ] Judiciais [ ] Administrativos [ ] Ouvidoria Geral do Município [ ] Outros			
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Grau de Resolutividade
[ ] SATISFATÓRIO [ ] INSATISFATÓRIO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

Sistema de Protocolo/Registro/Prontuário /Controle de Guias de Especialidade/Outros
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

Qual o critério para fornecimento de medicamentos?

Servidor(es) responsável(is) por acompanhar o controle e distribuição de insumos, controle de guias, controle de agendas, controle de distribuição de coquetéis e entrega de medicamentos gratuitos e outros insumos.

A Unidade dispõe de sistema informatizado para registro de informações?

*Obs.: **ESPECIFICAR** as respostas.*

RECURSOS HUMANOS

Equipe gestora	
Coordenação	

Número [atual] de funcionários lotados na unidade ***[ANEXAR**: relação dos servidores lotados na unidade nos últimos 12 meses. **ESPECIFICAR** cargo e condição atual, por exemplo, em exercício, afastado (licença saúde, maternidade, prêmio etc.), removido, dentre outras].*
_____ SERVIDORES _____ CLT _____ TERCEIRIZADOS _____ COMISSIONADOS _____ ESTAGIÁRIOS

A unidade possui número apropriado de funcionários [estatutários e terceirizados] com qualificações adequadas?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Controle de Frequência ***[APRESENTAR**: espelho de frequência dos últimos 06 meses dos servidores em atual exercício]*
[ ] BIOMETRIA [ ] LIVRO PONTO

Intercorrências na frequência dos servidores *[**ESPECIFICAR** providências e ações adotadas pela(s) chefia(s)]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

[ ] Absenteísmo Servidor (es):

[ ] Desídia Servidor (es):

[ ] Insubordinação Servidor (es):

[ ] Outro. *Especificar* Servidor (es):

Produtividade Mensal dos Servidores *[últimos 12 meses. **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] ADEQUADA [ ] INADEQUADA [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Servidores com duplo vínculo *[últimos 12 meses. Se **SIM**, especificar, bem como informar se há termo específico de declaração e periodicidade de atualização.]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Há programa de treinamento/capacitação para os servidores/funcionários? *[**APRESENTAR** registro dos últimos 12 meses]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Cursos de Aperfeiçoamento/Capacitação – forma de capacitação

[ ] Presencial [ ] À distância/remoto [ ] Multiplicadores [ ] Outros

COMENTÁRIO

Os treinamentos/capacitações tem sua eficácia avaliada? Possui registros?

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Condições de Trabalho *[**ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] ADEQUADA [ ] INADEQUADA [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Elaboração de Relatório Circunstanciado Disciplinar *[últimos 12 meses. Se **SIM**, especificar]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Problemas na frequência, jornada/escala de trabalho, produtividade e postura dos estagiários *[**ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Problemas na frequência, jornada/escala de trabalho, produtividade e postura dos funcionários terceirizados

*[**ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Problemas na frequência de estagiários

[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA

*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **NÃO**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?*

Problemas na frequência de funcionários celetistas (médicos) ou outros, caso houver

[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA

*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **NÃO**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?*

Os servidores da unidade efetuam hora extra regularmente? Qual quantitativo e quais cargos? Existe justificava da excepcionalidade?

[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA

*Obs.: **ESPECIFICAR***

Existe um cronograma, com planejamento para gozo de férias dos servidores de modo a garantir a prestação dos serviços e o interesse público? Está sendo cumprido de maneira efetiva?

[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA

Obs.: ***ESPECIFICAR***

ESTRUTURA FÍSICA E INSTALAÇÕES

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O prédio é próprio?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se* ***ALUGADO****, informar: há quanto tempo, valor pago, se há pretensão de aquisição/desapropriação.* ***ANEXAR*** *contrato de locação.*			
As instalações prediais, elétricas e hidráulicas são adequadas?	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se* ***INADEQUADAS****, especificar inadequações e quais as providências e ações de melhoria foram adotadas?*			
O prédio tem acessibilidade? É adequada?	[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se* ***NÃO****, especificar motivo.*			
Há áreas restritas com controle de acesso?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se* ***SIM*** *ou* ***NÃO****, especificar/justificar.*			
Paredes, pisos e teto são de fácil limpeza, lisos e impermeáveis?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se* ***SIM*** *ou* ***NÃO****, especificar/justificar.*			
Os ambientes possuem iluminação e ventilação adequadas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se* ***SIM*** *ou* ***NÃO****, especificar/justificar.*			
Há telas milimétricas em todas as janelas e ausência de mofo/infiltração?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se* ***SIM*** *ou* ***NÃO****, especificar/justificar.*			

A unidade é isolada de áreas de lixo, foco de contaminação ou trânsito de pessoas estranhas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Os produtos estão armazenados sem contato direto com o chão (paletes/prateleiras)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

São realizadas **manutenções preventivas** – caixa d'água, telhado, paredes, piso, bebedouros, banheiros, calhas, grelhas, dedetização etc.?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM**, especificar quais as providências e ações de melhoria foram adotadas? Se **NÃO**, especificar/justificar motivo.*			
São realizadas **manutenções corretivas**?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM**, especificar quais as providências e ações de melhoria foram adotadas? Se **NÃO**, especificar/justificar motivo.*			

A unidade possui AVCB?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM**, especificar quais as providências e ações de melhoria foram adotadas? Se **NÃO**, especificar/justificar motivo.*			

A Unidade adota medidas para prevenção/enfrentamento da dengue e outras arboviroses? *[Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*
[ ] SIM [ ] NÃO
COMENTÁRIO

A Unidade adota medidas para prevenção/enfrentamento à COVID-19 e outras doenças respiratórias? *[Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*
[ ] SIM [ ] NÃO
COMENTÁRIO

O prédio tem sistema de segurança? É adequado?	[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **NÃO**, especificar motivo.*			

A unidade tem registro de furtos/depredação/vandalismo em 2025? *[Se **SIM**, quais as providências e ações adotadas para adequação?]*
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Há sistema de videomonitoramento?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Há controle de entrada e saída de pessoas estranhas na unidade?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Há algum tipo de vigilância para o período diurno?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Há algum tipo de vigilância para o período noturno?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Há algum tipo de vigilância para finais de semana e feriados?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

LIMPEZA E SEGURANÇA DO TRABALHO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Há empresa contratada para prestação do serviço de limpeza e conservação?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

A limpeza da área é realizada conforme cronograma e registrada?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Lixeiras possuem pedal e tampa, segregando lixo comum, infectante e químico?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há áreas específica para depósito de materiais de limpeza?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há material de limpeza/sanitização para higienização ambiental/pessoal/utensílios/equipamentos? Atende ao padrão de mínimo de qualidade? Disponibilizado em quantidade suficiente?	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

É realizada a limpeza e higienização periódica das caixas d' água? *[Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] Não

COMENTÁRIO

Há registro da última limpeza e higienização das caixas d' água?

[ ] SIM [ ] Não

COMENTÁRIO

Última limpeza/higienização: _____/_____/_____

Responsável pela prestação do serviço: _____

A última dedetização e desratização foram realizadas há menos de 06 (seis) meses? *[Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] Não

COMENTÁRIO

Última dedetização: _____/_____/_____

Última desratização: _____/_____/_____

Responsável pela prestação do serviço: _____

Os comprovantes da prestação dos serviços de limpeza e higienização das caixas d'água, dedetização e

desratização estão fixados em local visível?
[ ] SIM [ ] Não
COMENTÁRIO

A unidade possui extintores?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.* *Se **SIM**, qual o número e tipo de extintores?*			

Os extintores de incêndio estão dentro da validade?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O uso de EPIs pela equipe está sendo cumprido?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.* *Se **SIM**, quais são os EPI's necessários? Há termo de entrega/recebimento dos EPI's [**ANEXAR**]?*			

EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIO

Inventário de Bens Patrimoniados *[**APRESENTAR** relação. Se **NÃO**, justificar e especificar providências a ser adotadas]*
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Inventário de Bens Doados *[**APRESENTAR** relação. Se **NÃO**, justificar e especificar providências a ser adotadas]*
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Condições de Uso *[Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*
[ ] ADEQUADA [ ] INADEQUADA [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Falta de Equipamento *[Se **SIM**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Falta de Mobiliário *[Se **SIM**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Inservíveis – retirada/destinação *[Se **SIM**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

A unidade possui computadores/equipamentos para todos os servidores e funcionários?

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Qual o total de computadores disponíveis [em uso]? _____

Há computadores danificados ou não operacionais na unidade?

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

*Se **SIM,** justificar. Quantos?_____. Quais as providências e ações foram adotadas?*

Os computadores em funcionamento na unidade tem acesso à rede de internet [banda larga]?

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

*Se **SIM,** especificar os materiais fornecidos. Se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?*

Há local ou armário seguros [com tranca] para guardar os equipamentos mais caros?

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

*Se **SIM,** especificar os materiais fornecidos. Se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?*

Prefeitura de SOROCABA

SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTÃO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
A unidade dispõe de sistema informatizado de gestão?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O software de gestão está atualizado?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O sistema está integrado com plataforma do governo federal? Do governo estadual? De outros municípios?	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O sistema possibilita "trilha de auditoria" [registra quem, quando e o que foi realizado em cada dado]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Possui níveis de acesso [permite configurar perfis restritos]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

DESPESAS

Procedimentos Licitatórios		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

ESPECIFICAR: *contratos cujas despesas corram à conta dos recursos alocados a sua respectiva Secretaria ou entidade da Administração Indireta,* ***ELABORAR PLANILHA****, contendo, necessariamente, o número do procedimento licitatório, aprovação da CGM para prosseguimento, objeto, valor da contratação, vigência, número de prorrogações, contratada e a identificação do fiscal (se comissão, relacionar membros).*

Contratação por Indenização

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Se sim, ***JUSTIFICAR*** *necessidade, bem como se há procedimento licitatório em curso, estimativa de regularização da situação.* ***ELABORAR PLANILHA****, contendo, necessariamente, o número do procedimento, objeto, valor da contratação, período, contratada e a identificação do fiscal.*

Notificações

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Se ***SIM****, especificar e apresentar notificações dos últimos 06 meses. Se* ***NÃO****, apresentar breve relato da regularidade do(s) contrato(s).*

Processos Sancionadores

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Se ***SIM****, especificar número do processo e breve relato do ocorrido.*

Despesas de pequeno valor e pronto pagamento – "Verbinha"

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Se ***SIM****, apresentar contabilidade dos últimos 06 meses.*

Recursos recebidos de programas específicos.

COMENTÁRIO

Prefeitura de SOROCABA

MATERIAIS HOSPITALARES

Os materiais hospitalares são entregues pela rede pública municipal?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
*Obs.: Se **SIM**, especificar os materiais fornecidos.*		

A unidade possui material médico hospitalar/farmacêutico suficiente para utilização nos atendimentos?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?*		

Os materiais estão armazenados em local adequado?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?*		

Foram entregues materiais informativos/preventivos na unidade?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.*		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?*		

CONSIDERAÇÕES RELEVANTES DA UNIDADE INSPECIONADA

Tecer considerações que entender pertinentes e que não tenha sido objeto de questionamento **.**

OUTROS APONTAMENTOS

Sorocaba, XX de XXXXX de 2026.

SECRETÁRIO DA SAÚDE

SUPERVISOR(A) DE SAÚDE

COORDENADOR(A) DA UNIDADE